Já, níže podepsaný _____, ID FAČR _____,

zastoupený (*případně zaškrtněte a vyplňte dle skutečnosti*):

☐ _____, zákonným zástupcem/opatrovníkem

prohlašuji, že:

- nejsem aktuálně diagnostikován/a COVID-19 pozitivní,
- mi nebyla nařízená karanténa v důsledku diagnostikovaného COVID-19 onemocnění nebo kontaktu s COVID-19 pozitivní osobou,
- se u mne neprojevují a v posledních dvou týdnech neprojevily příznaky virového infekčního onemocnění (např. horečka, kašel, dušnost, náhlá ztráta chuti a čichu apod.),
- si nejsem vědom/a setkání s COVID-19 pozitivní osobou v posledních dvou týdnech;
- se zavazuji bezodkladně informovat členský klub změně výše uvedených prohlášení a podepsat nový formulář prohlášení o bezinfekčnosti.

Dále prohlašuji, že (*případně zaškrtněte a vyplňte dle skutečnosti*):

☐ mi byla dne _____ nařízena karanténa, která byla ukončena dne _____

☐ jsem byl/a dne _____ pozitivně diagnostikován/a s nemocí COVID-19 s tím, že dne _____ bylo příslušným lékařem zjištěno, že jsem se uzdravil/a.

V_____ dne _____

_____

člen FAČR / zákonný zástupce / opatrovník